

Zeitbestätigung* zur Zulassung zur Facharztprüfung

Bitte dieses Formular jeweils für das entsprechende Fach ausdrucken.

nach ÄAO 2006: im Hauptfach im Nebenfach im Wahlpflichtfach	nach ÄAO 2015: Basisausbildung Sonderfach-Grundausbildung Sonderfach-Schwerpunktausbildung
---	--

Es wird bestätigt, dass der Kandidat/die Kandidatin zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuell in der unten genannten Ausbildungsstätte tätig ist.

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenhaus Lehrambulatorium Lehrpraxis

in Ausbildung zum Facharzt für das Sonderfach auf einer genehmigten Ausbildungsstelle

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Mutterschutz- und Karenzzeiten von _____ bis _____

von _____ bis _____

Datum

Unterschrift und Stempel
des Ausbildungsverantwortlichen** bzw. der Ausbildungsstätte

* Diese Zeitbestätigung dient ausschließlich als Nachweis für die Zulassung zur Facharztprüfung hinsichtlich jener Ausbildungsstätte an welcher der Kandidat/die Kandidatin zum Zeitpunkt der Antragstellung zur Zulassung aktuell tätig ist. Für die Anrechnung der Ausbildungszeiten ist diese Bestätigung ohne Relevanz.

** LeiterIn der Abteilung der Krankenanstalt oder LehrpraxisinhaberIn